

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES APRÈS MYOMECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Jean-Claude BENOIT-GONIN

Né le 2 Octobre 1885, à Lamoura (Jura).

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES APRÈS MYOMECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Jean-Claude BENOIT-GONIN

Né le 2 Octobre 1885, à Lamoura (Jura).

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	X...
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY
	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie.	MORAT
Pathologie interne.	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	LESIEUR
Anatomie pathologique.	PAVIOU
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN
Hygiène :	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé,
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMAR	PIERY
LAROYENNE	"NOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), *Président* ; FABRE, *Assesseur* ;
MM. VORON et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. POLLOSSON

AVANT-PROPOS

Je tiens à remercier, au début de ce travail, tous ceux qui furent mes maîtres à la Faculté ou dans les hôpitaux.

A l'hôpital Saint-Joseph j'ai été successivement l'élève de MM. Goullioud, Chabalier, Thévenet et de M. Rafin, suppléé ce dernier semestre par M. Giuliani; je les prie d'accepter, ainsi que M. le D^r Faysse, mes plus vifs remerciements pour les marques d'intérêt qu'ils ont bien voulu me témoigner.

Je remercie particulièrement M. le D^r Goullioud qui m'a fourni le sujet de ce travail; M. le professeur A. Pollosson et M. le D^r Témoin, qui m'ont procuré de très intéressantes observations; M. le professeur agrégé Patel pour sa bienveillance et ses conseils.

M. le professeur M. Pollosson veut bien accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions vivement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GROSSESSES APRÈS MYOMECTOMIE

INTRODUCTION

Les grossesses, après énucléation de myomes utérins, sont une conquête de la chirurgie conservatrice moderne, donc de constatation récente. Si Velpeau eut, dès 1833, l'idée qu'il devait être possible d'extirper les myomes sans enlever l'utérus, ce n'est qu'en 1890 qu'Ascher en publia le premier cas suivi de conception. En 1891, Kronlein donna l'observation d'une jeune femme à laquelle il avait fait l'ablation d'un gros myome avec résection étendue du fond de l'utérus qui guérit parfaitement et eut une grossesse avec accouchement normal un an plus tard. A partir de 1895, les cas publiés sont de plus en plus nombreux; en 1900, la myomectomie est à l'ordre du jour et les constatations de grossesses ultérieures sont recherchées avec soin, leur possibilité constituant un des arguments les plus sérieux en faveur de l'opération conservatrice.

Winter, Engstrom, Martin Rubestra, depuis, en ont publié des cas assez nombreux ; en France, aucun travail important n'a été fait sur ce sujet. A Lyon, le D^r Goullioud est cité comme ayant eu un avortement après quarante myomectomies dans la thèse de Drivet, et plus récemment, au mois de janvier 1913, le professeur Pollosson en a rapporté deux cas à la Société de Chirurgie.

Nous basant sur les observations que nous avons pu recueillir dans le service du D^r Goullioud et dans la littérature médicale, nous avons essayé de faire une étude d'ensemble des grossesses survenant après l'énucléation par voie abdominale. Ce que théoriquement on peut espérer après une myomectomie, nous le montrerons dans la première partie de notre thèse, réservant l'étude des résultats pratiques avec les conclusions qui s'en dégagent pour la deuxième partie ; enfin, nous publions une série d'observations dont quelques-unes inédites.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LA FÉCONDATION DANS LES UTÉRUS FIBROMATEUX

Les recherches sur la fécondation dans les utérus fibromateux sont très nombreuses et les résultats auxquels elles ont abouti, variables suivant les auteurs, peuvent être classés en quatre séries :

Les fibromes sont une cause de stérilité absolue.

Les fibromes favorisent au contraire la conception.

Les fibromes n'ont pas d'influence sur la conception ou même résulteraient de l'absence de celle-ci.

Les fibromes sont une cause de stérilité relative.

I. — La première conclusion était celle de Louis, pour lequel l'existence d'un myome faisant exclure la possibilité d'une grossesse, la nature ayant ainsi habilement éloigné une complication qui ne pouvait qu'apporter des déboires aux malades qui l'auraient présentée; elle a été depuis longtemps réfutée par les cas de coexistence de fibrome et grossesse assez rares

dans les cliniques (13 cas sur 429 accouchements ou 3 pour 100 pour Treub; 84 cas sur 13.915 ou 0,6 pour 100 pour Pinard; 19 cas sur 2.274 pour Noble, et 86 cas sur 111.112 ou 0,07 pour 100 pour Schauta), mais dont beaucoup doivent passer inaperçus dans la clientèle, par suite de l'absence de symptômes.

II. — La deuxième conclusion, diamétralement opposée à la précédente, est celle d'Hofmeier. Dans la *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* de 1894, après avoir montré que les grossesses amènent une augmentation du développement des fibromes, il recherche l'influence de ceux-ci sur la fécondation qu'il finit par trouver favorisée. Les arguments principaux sont les suivants : a) l'âge moyen de la fécondité est de vingt à trente ans; l'âge moyen des femmes atteintes de fibrome est quarante ans, ces deux époques sont loin de coïncider et l'on admettra difficilement qu'une stérilité qui durerait en moyenne depuis quinze ans serait sous la dépendance de myomes datant d'une époque où aucune lésion n'était constatée et ayant évolué de longues années sans amener de troubles; b) sur 119 malades, 18, c'est-à-dire 16 pour 100, dont l'âge varie de quarante à quarante-sept ans, montrent une coexistence de fibrome et grossesse; pour expliquer ces nombreuses conceptions tardives l'auteur admet que les fibromes provoquent une sorte d'hypertrophie des ovaires et reculent l'époque de la ménopause. Ces résultats ont été l'objet de nombreuses discussions, surtout en Allemagne, de la part de Fraenkel, Olshausen, Kleinwachter. Si les chiffres des autres

statistiques montrent qu'Hofmeier a dû tomber sur une série exceptionnellement heureuse de conceptions tardives, on peut encore remarquer que les fibromes restent souvent longtemps latents si l'on s'en rapporte aux constatations nécropsiques, que l'hypertrophie des ovaires est une hypothèse et que les hémorragies amenées par les fibromes au voisinage de la ménopause sont pathologiques et ne doivent avoir que de lointains rapports avec l'ovulation.

III. — *Les fibromes n'ont pas d'influence sur la conception ou même résulteraient de l'absence de celle-ci.* — Lorsque Martin, de Berlin, essaya d'opérer les utérus fibromateux, il lui arriva de trouver assez souvent un œuf même dans le cas de grosse tumeur; au début, il s'agissait de trouvailles inattendues, mais comme les cas de cette complication n'étaient pas très rare, il en était rapidement venu à douter de la doctrine classique, à savoir « qu'un utérus qui donne asile à une tumeur qui, par sa grosseur et sa consistance en impose pour un fibrome, est bien impropre pour développer en même temps un fœtus »; puis survinrent les travaux d'Hofmeier, et c'est alors que les auteurs Fraenkel, Kelly et Cullen, Treub, Troell, Gottschalk, Pinard... en arrivèrent à penser que le fibrome n'était plus la cause mais la conséquence de la stérilité ou, suivant l'expression de l'un d'eux, que l'utérus, qui ne joue pas son rôle physiologique normal, dirige son activité dans une autre voie en formant des tumeurs.

Les statistiques montrent que les fibromes sont relativement fréquents chez les célibataires et les nulli-

pares; Schröder, sur 792 fibromes, trouve 178 célibataires, soit 22,5 pour 100; Wincher, 25 pour 100; Gusserow, 30 pour 100; Hofmeier, 32 pour 100; Schuhmaker, 29 pour 100. Dans les observations du D^r Goullioud, nous avons trouvé sur 574 fibromateuses 234 célibataires, ce qui donne une proportion de 32 pour 100, alors que dans une affection assez comparable, comme le cancer utérin, cette proportion tombe à 22 pour 100 (50 célibataires sur 225 cas).

Les explications sont variables :

Pour Treub, si le manque ou la cessation précoce des processus de la reproduction favorise le développement des fibromes et en est même le facteur le plus important, c'est que les petits noyaux fibromateux embryonnaires chez les femmes mariées ont une grande tendance à disparaître pendant l'involution utérine consécutive à l'accouchement comme si après chaque grossesse il se faisait une sorte de balayage utérin consécutif au remaniement complet des fibres musculaires.

En France, après Bayle, le professeur Pinard a montré dans de nombreuses publications que plus une femme a d'enfants, moins elle a de chances d'avoir un fibrome bien que l'utérus fibromateux d'une femme de trente à trente-cinq ans soit tout aussi apte qu'un autre à recevoir le germe et à favoriser le développement du produit de conception; enfin, dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Pédiatrie de Paris il a montré d'après ces documents que toutes ces tumeurs sont « de la façon la plus nette sous l'influence de la stérilité primaire et celle non moins puis-

sante et non moins fréquente de la stérilité secondaire si souvent volontaire », en un mot, sont une « conséquence de la non-observance du rythme harmonieux de la reproduction ».

IV. — *Les fibromes sont une cause de stérilité relative.* — Cette conclusion admise par beaucoup d'auteurs est surtout défendue par des chiffres, bien que les recherches sur ce sujet soient remplies de difficultés. Il est erroné de vouloir établir l'influence des fibromes sur la stérilité en recherchant leur fréquence chez les femmes stériles; cette étude présenterait de nombreuses causes d'erreurs car la stérilité relève de facteurs qui bien souvent nous échappent malgré des examens complets des deux conjoints. La même critique pourrait être adressée au procédé de Goetze qui préconise des examens répétés de malades chez lesquelles on aurait constaté la présence d'un myome utérin dès le début du mariage jusqu'à la ménopause, avec bien entendu l'exclusion de toute autre cause que le fibrome pouvant influencer sur la conception ! D'ailleurs ces observations n'existent pas. On a recherché la fréquence des fibromes par rapport aux autres affections dans les services hospitaliers; les chiffres trouvés varient évidemment suivant la spécialisation des services, les habitudes opératoires des chirurgiens, et ne sont pas la véritable image de la fréquence des fibromes, puisque la plupart des malades rentrent dans les services de chirurgie sur les conseils des médecins praticiens d'où les études allemandes dans la clientèle civile.

Les résultats obtenus peuvent être envisagés de la

façon suivante : si les fibromes peuvent se rencontrer chez de jeunes femmes, la plus haute fréquence est fournie entre 40 et 50 ans pour les Allemands, 35 à 45 ans pour les Américains, c'est-à-dire qu'ils atteignent leur maximum de prospérité à un âge où la fécondité de la femme est à son déclin, de sorte qu'il est rationnel d'envisager les deux séries :

1) Femmes présentant une stérilité primaire ou absolue.

2) Femmes présentant une stérilité secondaire ou une diminution marquée de la fécondité.

1) On établit le rapport entre les femmes myomateuses ayant des enfants et les femmes stériles, présentant la même affection les conditions étant autant que possible les mêmes. Sur 100 femmes fibromateuses mariées, il y en a en moyenne 25 à 30 qui n'ont jamais eu d'enfants (Treub, 34,6 pour 100; Fraenkel, 25,8; von Winckel, 32; Martin, de Berlin, 31; Rohring, 29; Oscar Fraenkel, 25,8; Schauta, 30; Gusserow, 27; Young, 31; Schroder, 37,7; Hofmeier, 22,7; Guicciardi, 33; Gœtze, 21; Olthausen, 27; Goullioud, 16,2; Muller, 10 pour 100). Si nous comparons le pourcentage donné par la plupart des auteurs à celui de la stérilité des femmes en général (8 à 15 pour 100), il semble bien que le fibrome utérin mérite son qualificatif d'empêcheur de conception.

2) Une femme mariée jeune peut avoir des enfants et présenter plus tard un fibrome; le fait qu'elle a eu des enfants n'indique pas nécessairement que le fibrome n'est pas une cause de stérilité, mais soulève la question de la stérilité secondaire; on peut com-

prendre sous ce nom les cas dans lesquels une malade, ayant eu un ou plusieurs enfants au début de son mariage, cesse, quand un fibrome se développe, d'avoir d'autres grossesses malgré son vif désir et sans avoir passé l'âge ordinaire de reproduction. Les recherches sur ce sujet, complétées par celles sur la diminution de la fertilité faites par Young, Gusserow, Winckell, Lefond, Kleinwachter, Kottmann, Haultain ne semblent laisser aucun doute à l'égard de son existence.

Ces nombreuses études laissent l'impression que les fibromes par eux-mêmes n'entraînent nullement la stérilité, puisque nous voyons que de jeunes malades, dans les conditions les plus défavorables, deviennent enceintes et même présentent des grossesses répétées; que d'autres, au bout de nombreuses années de mariage, finissent par développer dans leur utérus malade un œuf à un âge où le fait est plutôt rare; mais, si nous tenons compte de la forte proportion de femmes stériles, il est indubitable que, dans certains cas, pour diverses causes que nous allons envisager, ces mêmes fibromes empêchent la conception.

CHAPITRE II

CAUSES DE STÉRILITÉ CHEZ LES FEMMES FIBROMATEUSES

Nous ne ferons que citer la conception de Wladimiroff qui, après Prochownik, considérait le fibrome comme un accident parasymphilitique expliquant ainsi très facilement la fréquence des avortements ou de la stérilité ; si les deux affections peuvent coexister, l'examen des malades ne laisse aucun doute sur leur indépendance.

L'âge moyen des femmes qui sont traitées pour des myomes est relativement élevé, généralement après la trentaine ; beaucoup de ces malades, après dix ou douze ans de vie commune avec leur mari, en sont arrivées à une diminution appréciable des rapports sexuels, diminution favorisée par le mari, soit indolence s'il est âgé, soit fidélité douteuse s'il est plus jeune, par les refus de la femme qui souffre ou a peur de voir ses hémorragies augmenter ; parfois même le coït est impossible, le vagin étant déformé ou occupé par la tumeur.

Dans cette étude limitée des causes de stérilité, nous n'insisterions pas sur les moyens anticonceptionnels, si certains auteurs n'avaient voulu voir dans l'irrégu-

larité de leur emploi l'explication des cas où l'on voit les malades concevoir après de longues années de mariage ou présenter des grossesses séparées par de très longs intervalles ; on a donné une explication plus séduisante de ces faits : la plupart des myomes seraient d'abord intrapariétaux ; mais, à la suite des contractions répétées des muscles utérins, ils se déplacent petit à petit et deviennent soit sous-muqueux, soit sous-péritonéaux, d'où, dans ce dernier cas, la possibilité d'une grossesse, l'obstacle principal ayant disparu.

Runge, dans ses recherches sur la stérilité de la femme, a montré que les spermatozoïdes s'accumulaient dans le cul-de-sac vaginal postérieur ; on comprend très bien que certaines déviations produites par la présence du fibrome amènent un déplacement tel du col qu'il ne plonge plus comme il le devrait dans le liquide séminal, ou que la disparition de ce cul-de-sac ne permette plus au sperme d'être retenu assez longtemps dans le vagin.

Nous en arrivons ainsi à l'étude des obstacles à la fécondation situés au niveau de l'utérus lui-même ou nous pouvons envisager successivement les déformations de la cavité, puis les lésions de la muqueuse.

Les premières sont sous la dépendance du volume, du nombre, et de la localisation des myomes ; toutefois nous pouvons remarquer que l'influence de ces déformations a été niée par quelques auteurs et nous donnerons à ce sujet l'opinion de Martin, d'accord avec Hofmeier :

« Nous trouvons des cas de grossesse aussi bien dans des fibromes du col que dans ceux du corps ; nous les

voyons survenir avec des fibromes sous-muqueux, interstitiels, sous-séreux uniques ou multiples, petits ou très gros ; on décrit des cas dans lesquels la cavité utérine est très peu altérée comme formes et dimensions à côté d'autres où l'altération est fortement marquée ; nous devons en conclure qu'en l'espèce ni le siège, ni la grosseur, ni l'unicité, ni la pluralité des myomes ne sont des circonstances favorables pour exclure une grossesse. »

Les autres auteurs soutiennent une opinion contraire et nous résumerons leur idées.

Schorler s'appuyant sur l'examen de 253 cas de femmes fibromateuses stériles, trouve une stérilité de 9 pour 100 dans les cas de polypes, 18,7 pour 100 dans les cas de fibromes cervicaux, 24,7 pour 100 dans les interstitielles, 38,08 pour 100 dans les sous-muqueux et 47,8 pour 100 dans les sous-séreux.

Olshausen pense que les petits fibromes sous-séreux n'ont aucune influence sur la conception, alors que les mêmes fibromes sous-séreux, mais volumineux, sont souvent un obstacle par déviation de la cavité utérine et de la position des trompes. Les productions interstitielles ont une influence limitée et l'action la plus marquée serait donnée par les tumeurs cervicales ou polypeuses.

Young trouve son plus haut pourcentage de stérilité dans les cas de fibromes multiples entourant de toute part la cavité utérine.

Treub soutient l'opinion que les fibromes sous-péritonéaux n'apportent pas d'obstacles à la fécondation, de même que les noyaux interstitiels, solitaires,

ne dépassant pas la grosseur du poing ; par contre dans les cas de fibromes interstitiels volumineux, ou d'utérus farci de noyaux multiples et sous-muqueux, la fécondation est rare.

Goetze tire comme conclusion de ses recherches que les petits myomes sous-séreux n'ont aucune influence, mais que les aptitudes à la fécondation diminuent avec le volume des noyaux ; autrement dit : plus l'affection fibromateuse est grave, plus la stérilité est marquée ; enfin la grossesse serait plus facile avec les lésions du col que celles du corps (opinion soutenue dans la thèse de Pujol, Montpellier).

Fraenkel trouva, chez 61 femmes fibromateuses stériles, 33 fibromes interstitiels, 12 sous-séreux, 10 interstitiels et sous-séreux, 2 interstitiels et sous-muqueux et 3 sous-muqueux.

Gusserow fait remarquer que, quand il y a coexistence de fibrome et grossesse il s'agit surtout de fibromes sous-séreux qui, surtout s'ils sont de petit volume, ne sauraient avoir une bien grande influence.

De ces travaux il semble résulter que ce sont les myomes interstitiels un peu volumineux qui provoquent le plus souvent la stérilité, probablement parce qu'aux déformations de la cavité utérine se surajoutent des lésions de la muqueuse.

L'endomètre peut être normal ; le fait est relativement fréquent puisque Young, sur vingt-cinq cas de fibrome, ne note que trente-deux fois des lésions ; celles-ci peuvent consister en métrites hyperplasiques ou hypertrophiques décrites par Landau, Garkisle, Goetze, Curatolo, dont la fréquence est mal connue ;

plus souvent, il s'agit de lésions atrophiques, atrophie due à la coudure ou à la compression des vaisseaux veineux pour Fraenkel, atrophie par tension de l'endomètre ou par compression de la muqueuse soulevée par un noyau contre un noyau opposé pour Frankenthal. Quelle que soit l'opinion admise sur ce sujet, il est facile de concevoir que les spermatozoïdes aient une vie difficile pendant la traversée de la cavité utérine par suite des modifications des sécrétions glandulaires, ou si la conception survient, pour les mêmes causes, que l'ovule fécondé ne puisse pas avoir une nidation normale et se trouve finalement rejeté au dehors.

Il nous reste à envisager l'influence des lésions annexielles. Il peut s'agir soit de troubles mécaniques, soit de lésions inflammatoires. Les trompes peuvent évidemment être allongées, distendues en quelque sorte par la tumeur; le pavillon parfois fort loin de l'ovaire correspondant; mais les cas les plus intéressants sont ceux où l'on a noté une grossesse tubaire consécutive à la présence de petits noyaux fibromateux situés au voisinage de l'*ostium uterinum* et dont l'ablation fait disparaître l'anomalie (cas de Frankenthal). Les lésions inflammatoires ont été particulièrement étudiées par Pfannenstiel; elles se présentent avec une fréquence variable suivant les auteurs; Young les signale 35 fois sur 163 cas; toutefois leur influence reste assez difficile à déterminer.

CHAPITRE III

INFLUENCE DES MYOMECTOMIES SUR CES CAUSES DE STÉRILITÉ

Comme dans la deuxième partie de notre thèse nous limitons notre étude aux grossesses survenues après les myomectomies abdominales, nous laisserons ici de côté les conséquences des interventions par voie vaginale. Pour nous faire une idée de l'influence des opérations conservatrices sur les causes de stérilité que nous venons d'envisager nous avons recherché les suites éloignées d'anciennes opérées avec les conclusions qui s'en dégagent. Pour cela, nous avons mis à contribution les 74 observations de myomectomie du D^r Goullioud et les points sur lesquels ont porté nos recherches sont les suivants :

Etat général et capacité de travail donné par l'opération.

Persistance des troubles qui avaient indiqué l'intervention et leur récursive.

Nouveaux troubles.

Suites génitales (menstruation, état de l'utérus, rapports sexuels).

I. — *Etat général et capacité de travail donné par*

l'opération. — Sur les 74 opérées dont l'âge moyen est de trente-sept ans, 22 ne nous ont été d'aucun secours pour les causes suivantes : décès opératoires, 2 ; décès quelques années après l'intervention, 1 ; intervention trop récente, 1 ; malades perdues de vue ou n'ayant pas répondu aux convocations, 17. Les 52 opérées restantes nous fournissent les indications suivantes : l'état général est redevenu bon et le travail, même pénible dans quelques cas, a été possible chez 41 ; le résultat n'est pas noté pour 4 et chez 5 il fut franchement mauvais ; la proportion des femmes ayant repris une vie active est donc de 80 pour 100.

II. — *Persistance des troubles qui avaient indiqué l'intervention, récidives.* — Dans 2 cas, cette persistance fut assez peu marquée pour ne pas gêner les malades dans leur travail ; dans 2 autres cas, les modifications des règles qui avaient indiqué l'intervention subsistèrent pendant trois ans ; ce laps de temps écoulé, chez l'une, âgée de trente-neuf ans, les règles redevinrent normales, chez l'autre, âgée de quarante et un ans, elles disparurent complètement ; chez 5, l'intervention n'amena aucun changement. Enfin, 5 autres malades, après une période d'amélioration plus ou moins longue, ont vu leur affection récidiver, ce sont les cas suivants :

1. En 1901, chez une femme de trente et un ans, énucléation d'un myome de 400 grammes de la paroi antérieure de l'utérus. Ligature préventive de l'artère hypogastrique droite pour éviter récidive. En 1903, récidive des myomes pour laquelle on fait l'hystérecto-

mie abdominale totale. L'indication de la myomectomie en premier lieu avait résulté de troubles psychiques antérieurs présentés par la malade.

2. En 1901, chez une femme de trente-sept ans, énucléation d'un fibrome d'un poids de 450 grammes au niveau du fond de l'utérus, petit myome gros comme un pois laissé dans la partie antérieure. En 1910, hémorragies assez abondantes et récidive sous forme d'un noyau gros comme une mandarine au niveau de la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus ; vu l'âge de la malade, quarante-sept ans, on se contente d'un curettage utérin.

3. En 1904, chez une femme de vingt-sept ans, énucléation de deux myomes, l'un du volume d'une mandarine de la face antérieure ; l'autre un peu plus gros de la face postérieure ; après deux grossesses, récidive nécessitant une hystérectomie totale faite en 1913.

4. En 1904, chez une femme de trente-six ans, myomectomie pour trois fibromes du poids total de 2.250 grammes, assez bien pédiculés. En 1911, récidive et hystérectomie abdominale totale.

5 récidives pour 74 myomectomies nous donnent une proportion de 6,7 pour 100, chiffre assez rapproché de celui de Winter qui donne 6 à 8 pour 100, supérieur à celui d'Engstroem qui est de 3 pour 100 ; on pourrait se demander si, par un choix plus judicieux des cas, on aurait évité ce désagrément ; *a priori*, il semble que si l'on a pratiqué sur un même utérus des énucléations multiples et nombreuses, malgré les recherches les plus minutieuses, la récidive reste possible, la graine étant largement ensemencée, tandis que après l'ablation d'un noyau unique même volumineux, la guéri-

son définitive est plus vraisemblable. Parmi nos observations, dans deux cas il y eut ablation d'un seul myome, dans deux cas, ablation de myomes multiples, dans un cas ablation d'un myome avec un petit noyau laissé en place ; pour ce dernier cas, tous les auteurs sont d'accord pour considérer la récurrence comme probable ; pour les quatre autres cas, l'examen des observations fournies par la littérature médicale donne sensiblement les mêmes proportions et l'on arrive à cette conclusion que le choix des cas à opérer ne donne pour ainsi dire aucune sécurité au point de vue de la récurrence possible. Cependant, les auteurs américains ont noté l'influence de la structure histologique et ont remarqué que moins les noyaux sont encapsulés, plus leur structure rappelle celle du tissu utérin, plus la récurrence a chance de se produire et particulièrement dans les cas d'utérus gravidés.

III. — *Nouveaux troubles.* — A la suite de l'intervention, on a donné aux malades les troubles ou accidents suivants qu'elles n'avaient pas auparavant ; ils auraient pu résulter d'ailleurs de toutes autres interventions :

2 cas de cystite ayant duré plusieurs mois.

6 cas d'éventration, généralement très limitée, au niveau de la cicatrice abdominale, consécutifs aux drainages que l'on a considérés comme nécessaires pendant quelques années et dont on fit la cure radicale chez trois.

3 cas de suppuration de la paroi ayant persisté plusieurs mois.

Enfin, dans 2 cas survinrent des troubles psychiques marqués de ménopause artificielle, analogues à ceux étudiés par Burckhardt comme symptômes d'atrophie des ovaires après amputation de l'utérus avec conservation des annexes.

IV. — *Suites génitales.* — L'état des règles, après une période de temps variable, mais d'au moins une année, est noté chez 34 malades. Dans 2 cas (femmes âgées de quarante-cinq ans), elles furent supprimées par l'intervention. Dans 1 cas (opérée de quarante ans), elles apparurent deux ou trois fois dans l'année qui suivit, puis cessèrent, avec, pendant un certain temps, quelques phénomènes somatiques de suppléance. 1 malade fut réglée régulièrement et normalement toutes les trois semaines pendant sept ans, tous les quinze jours depuis un an; 2 ont des règles irrégulières et douloureuses. Chez 23, c'est-à-dire le plus grand nombre, elles sont normales comme durée, abondance et fréquence.

Si, pour quelques malades, l'arrêt des règles avec les troubles qui l'accompagnent, représente un tableau physiologique connu pour quelques années plus tard, un certain nombre avant l'intervention avaient instamment réclamé leur maintien; le résultat précédent montre qu'au dessous de quarante ans ce souhait est généralement exaucé.

L'examen ultérieur de l'utérus n'est noté que 14 fois; 7 fois il fut trouvé normal; 3 fois petit, c'est-à-dire ayant subi une involution exagérée; ce sont les cas suivants :

1. Femme de trente-trois ans, célibataire, à laquelle on fait l'énucléation d'un myome de la grosseur d'une orange, avec ouverture de la cavité utérine; suppuration; utérus petit et règles normales trois ans après l'intervention.

2. Femme de trente-deux ans, ayant eu une fausse couche à seize ans, célibataire; énucléation difficile d'un myome de 750 grammes avec ouverture de la cavité utérine; utérus petit et règles normales deux ans après l'intervention.

3. Femme de trente-six ans, célibataire; énucléation facile d'un myome de 750 grammes de la paroi antérieure de l'utérus; quatre ans après l'intervention, utérus petit avec règles normales.

Dans 4 cas, l'utérus fut au contraire trouvé gros, c'est-à-dire ayant eu une involution insuffisante :

1. Malade de trente ans; un enfant; énucléation d'un myome de la grosseur d'un œuf de poule et ventrofixation de l'utérus; quatorze ans après l'intervention, utérus un peu gros, mais non d'une façon inquiétante, plaqué contre la paroi abdominale; règles assez abondantes.

2. Malade de trente-deux ans; un enfant; énucléation d'un myome de 4 kg. 100 du fond de l'utérus; drainage par Mickulicz vaginal; onze ans après l'intervention, utérus gros comme à deux mois et demi de grossesse, avec règles abondantes un mois et peu abondantes le mois suivant.

3. Quarante-cinq ans, célibataire; énucléation facile d'un myome de 1 kg. 346 de la paroi antérieure de l'utérus; deux ans après l'intervention, utérus gros

comme à deux mois de grossesse. Règles supprimées depuis l'intervention.

4. Trente ans, un enfant, une fausse couche; énucléation d'un myome de 150 grammes de la paroi antérieure de l'utérus. Hématocèle post-opératoire. Une fausse couche et une grossesse normale; dix ans après l'intervention, utérus gros comme à trois mois de grossesse, sans saillie fibromateuse, avec règles normales durant trois jours.

Ces cas sont trop peu nombreux pour en tirer une conclusion. Au point de vue des rapports sexuels chez les femmes mariées, il existe une observation où le mari ayant peur d'une grossesse évite les rapports près des règles.

Ces examens multiples, rapprochés de ceux fournis par divers auteurs, en particulier Winter, Rubeska, Martin, nous montrent qu'après l'intervention conservatrice la plupart des malades reprennent une vie active, voient leurs douleurs, leur faiblesse générale disparaître pour donner place à un état de santé qui facilite évidemment les rapports sexuels; le retour de l'utérus et des règles à l'état normal amène la disparition d'un certain nombre de causes qui pouvaient s'opposer soit à la fécondation, soit à la nidation de l'œuf; si l'on ajoute que l'intervention permet quelquefois d'agir d'une façon efficace sur les annexes, nous nous trouvons donc finalement dans une situation nouvelle telle que la conception est évidemment beaucoup plus facile.

Nous devrions examiner ici, de même, les suites éloignées des énucléations faites pendant la grossesse;

bien que l'intervention soit plus délicate et plus dangereuse, elles sont généralement bonnes; nous en publions plus loin quelques observations dues à l'obligeance du D^r Témoin; mais nos matériaux ne sont pas suffisants pour une étude de quelque valeur.

DEUXIÈME PARTIE

Dans le chapitre précédent, nous avons vu qu'on pouvait rationnellement espérer des grossesses après les énucléations de myome ; tous les auteurs cependant ne sont pas de cet avis : Pozzi considère les opérées comme ayant un âge trop voisin de celui de la ménopause ; Hégar estime que si réellement la conception survient, il ne faut pas la considérer comme un événement heureux : « Un utérus traversé de cicatrices, souvent aussi adhérent, n'est pas une bonne auberge pour le développement normal d'un œuf. »

Chevrier se demande « si c'est bien là un avantage ; laisser la femme à son rôle procréateur, sauvegarder les intérêts de la société est sans doute un but noble, auquel médecins et chirurgiens doivent viser avant tout quand la vie ou la santé de la malade ne sont pas en cause ». Si, suivant l'expression de Nyström, ces auteurs ont généralement trop vu en noir, les grossesses sont cependant beaucoup moins fréquentes qu'on ne le désire et qu'on ne l'espère.

Pour rechercher jusqu'à quel point un utérus, après un traumatisme parfois considérable comme celui qui consiste à énucléer plusieurs noyaux myomateux, est

encore en état d'accueillir dans sa muqueuse un œuf et de le mener jusqu'à maturité complète, de savoir en somme s'il est capable de reprendre après l'intervention les fonctions qui lui sont dévolues par la nature, nous nous sommes basé sur quelques observations inédites que nous publions plus loin et sur les cas fournis par la littérature médicale; notre étude repose ainsi sur une centaine d'observations (99) de valeur très inégale, les unes suffisamment complètes pour se prêter à un examen critique, d'autres ne signalant que quelques points particuliers dont nous avons essayé de tirer tout le profit possible.

En voici la liste, l'indication d'origine étant donnée à la bibliographie :

Abel, 1 cas; Ammam junior, 1; Ascher, 1; Alexander, 1; Beuthner, 1; Doderlein, 1; Donalds, 1; Debersaque, 1; Essen Moller, 2; Glochner, 1; Gouilloud, 5; Guérard, 2; Hofmeier, 3; Hégar, 1; Kronlein, 1; Littauer, 1; Lebec, 2; Landau, 1; Muller, 1; Martin, 14; Monprofit, 2; Nyström, 27; Ott, 3; Pfannenstiel, 1; Pollosson, 2; Rubeska, 5; Ricard, 1; Schmidt, 1; Tédénat, 1; Témoin, 6; Tuffier, 2; Winter, 3; Vimberg, 1; Werder, 1; West, 1.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir signalé tous les cas de grossesse après énucléation, nos recherches limitées ne nous ayant donné que les plus connus, un certain nombre, publiés isolément ou dans des revues locales, nous ayant échappé; néanmoins, le nombre nous en paraît suffisant pour une étude d'ensemble.

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DES GROSSESSES APRÈS MYOMECTOMIES

Le point le plus intéressant est de savoir dans quelle proportion les femmes myomectomisées conçoivent.

Les chiffres fournis par les auteurs sont les suivants :

Zwibel, dans sa thèse de Paris, 1900, sur 562 opérées trouve 18 grossesses ultérieures c'est-à-dire 3,2 pour 100. Winter, dans sa statistique de 1904, publiée d'après un nombre de cas restreint, ce qui fait qu'il ne lui accorde lui-même qu'assez peu de valeur, donne une proportion de 18 à 20 pour 100 chez les femmes au-dessous de quarante ans. Ascher vit 1 grossesse sur 10 énucléations. Landau, en 1910, 2 sur 50 énucléations. Ott, cité par Martin, de Berlin, donne une proportion de 9,5 pour 100 chez les femmes qui, d'après leur âge et leur situation, pouvaient encore avoir des grossesses. Monprofit eut 2 grossesses sur 50 opérées. Nyström, avec les « matériaux » d'Engström, donne 27 fécondations ultérieures pour 207 myomectomies, c'est-à-dire une proportion de 13 pour 100 ; sur ces 207 femmes, 81 seulement étaient en état d'avoir des enfants (les autres, célibataires, décédées).

Le Dr Goullioud, sur 74 myomectomies, a vu, chez

5 de ses opérées, c'est-à-dire 8 pour 100, la stérilité disparaître; 34 étaient ou sont restées célibataires; il reste dont 40 femmes mariées avec 5 cas de fécondation, c'est-à-dire 12 pour 100; enfin, parmi ces dernières, 14 avaient dépassé 40 ans, et sont donc à un âge où les conceptions sont très rares; *il ne reste, en réalité, que 26 femmes, dont 5 furent fécondées, c'est-à-dire 20 pour 100.*

Nous voyons immédiatement que les résultats donnés méritent discussion. Le chiffre de Zwibel n'a aucune valeur; il n'est tenu compte ni de l'âge, ni de la situation génitale des malades (célibataires ou mariées); d'autre part, en 1900, la myomectomie en était encore à ses débuts, de sorte que les suites éloignées des opérées n'étaient certainement pas toutes connues. Les chiffres fournis par d'autres auteurs, Monprofit, Ascher, Landau, portent sur un trop petit nombre de cas. Les résultats d'Engström et de Winter ont beaucoup plus de valeur, mais il est un facteur qu'il nous faut faire intervenir, c'est l'indication opératoire posée par le chirurgien. L'opérateur peut préférer une myomectomie à une hystérectomie, parce que l'intervention semble plus facile (myome unique, bien encapsulé, facilement énucléable, myome pédiculé) pour éviter certains troubles psychiques (atrophie des ovaires après hystérectomie) pour, aidé par une ventrofixation, conserver un plancher pelvien plus résistant chez des femmes au périnée plus ou moins absent; enfin, et c'est le cas qui nous occupe, pour conserver à une femme jeune la possibilité de grossesses ultérieures. D'autre part, l'indication de l'intervention elle-

même est variable; quelques chirurgiens n'opèrent que lorsque les malades présentent des troubles graves: hémorragies fortes et répétées, s'accompagnant d'anémie, troubles vésicaux prononcés, gêne abdominale par volume exagéré de la tumeur; par contre, pour d'autres, la présence seule d'un myome de l'utérus chez une jeune femme ou âgée, même sans symptômes, crée une indication opératoire et, dans cette circonstance, nous nous trouverons en présence, non seulement d'un plus grand nombre de myomectomie, mais aussi de myomectomies faites dans des conditions beaucoup plus favorables au point de vue des grossesses ultérieures. Ces considérations nous montrent donc que la proportion moyenne de 20 pour 100 de conceptions après l'intervention, chez des femmes qui, d'après leur âge et leurs conditions, sont encore en état de concevoir, n'a et ne peut avoir qu'une valeur relative.

Quels sont les facteurs qui influent sur cette fréquence?

I. — *L'âge.* — Les femmes opérées qui ont conçu, et dont j'ai pu retrouver l'âge, se répartissent de la façon suivante :

Au-dessous de 20 ans	1
De 20 à 40 ans	73
Au-dessus de 40 ans	5

Ces chiffres nous montrent d'une façon éloquente que le nombre des conceptions est peu élevé au-dessous de 20 ans et au-dessus de 40 ans. Pour les cas au-dessous de 20 ans, il nous serait facile de montrer

que le fait se produit jusqu'à 25 ans, ce qui tient simplement à ce que les fibromes sont très rares à cet âge. D'autre part, si l'on se rappelle que l'âge moyen de la fécondation est de 25 à 35 ans, que la plus grande fréquence des myomes est après 40 ans, si l'on remarque que le nombre des grossesses après intervention a son maximum de 25 à 40 ans et très faible après 40 ans, nous en concluons que la conception après myomectomie reste soumise aux proportions des conceptions chez les femmes normales et qu'il ne suffit pas d'opérer pour assurer à la malade une grossesse possible.

Examinons plus attentivement les cas de grossesse survenue après 40 ans; nous en avons recueilli 5; 2 sont fournis par Hofmeier, il s'agissait dans les deux cas de femmes ayant eu, l'une 13 grossesses, l'autre 12 grossesses, donc d'une grande fertilité; de même pour le cas de Winter dont la malade avait eu 8 enfants, le dernier un an avant l'intervention; enfin 2 cas de Nyström, dont une des malades avait eu 9 conceptions, l'autre 1 seulement. Les grossesses après la quarantième année n'apparaissent donc comme possibles que lorsque les opérées ont eu déjà de nombreux enfants; elles sont donc d'autant plus rares que, chez ces malades, considérées comme ayant droit au repos, on pratique de préférence une opération radicale. C'est, qu'en effet, au point de vue de leur passé génital, on peut classer les opérées en trois catégories :

1. Celles qui, au moment de l'énucléation, étaient célibataires et se sont mariées ensuite; comme elles n'avaient pu fournir de renseignements sur leur fertilité, elles ne présentent qu'un intérêt relatif;

2. Celles qui, au moment de l'intervention, étaient mariées et avaient eu des enfants; parmi celles-ci, les unes ont des grossesses de date récente; le fibrome, dans ce cas, n'est qu'un accident, et les fécondations reprendront normalement après l'intervention; les autres ont des grossesses de date ancienne; elles présentent donc une stérilité secondaire dont on a attribué la cause aux fibromes mêmes; nous en publions plus loin une observation du professeur Pollosson; dans la littérature médicale, nous en avons relevé plusieurs cas, dont un de Nyström, dont le dernier accouchement datait de quinze ans. Après l'intervention, les grossesses nouvelles sont assez faciles;

3. Celles qui, avant l'intervention, avaient présenté une stérilité absolue plus ou moins longue; ces cas présentent le double intérêt d'être très en faveur de l'opération conservatrice et d'être jusqu'à un certain degré un appui de l'opinion qui voit dans les myomes une cause de stérilité. Toutefois, à cette dernière hypothèse, on pourrait opposer le cas de Fenwick, qui ne vit survenir une grossesse chez une fibromateuse que dix-sept ans après son mariage. Parmi les observations avec grossesses ultérieures recueillies, nous avons trouvé 39 femmes qui avaient conçu avant l'opération, contre 27 qui avaient présenté une stérilité absolue et 10 célibataires.

Dans les observations du professeur Goullioud, sur 30 femmes myomectomisées, ayant conçu avant l'intervention, 3 eurent des grossesses après; sur 10 ayant présenté une stérilité absolue, aucune ne conçut; ces chiffres, qui ne portent que sur un nombre

limité de cas, confirment le renseignement fourni par l'ensemble des statistiques, à savoir que les femmes n'ayant jamais conçu ont un peu moins de chance de concevoir après l'opération que celles qui ont déjà donné des signes de leur fertilité.

II. — *L'intervention.* — S'il est facile de supposer que la fertilité d'une femme n'est pas altérée après la simple ablation d'un fibrome sous-séreux pédiculé, puisque l'intervention n'a pas lésé profondément l'utérus, il en est tout autrement après énucléations de myomes interstitiels au cours desquels la musculieuse et parfois la muqueuse sont fortement traumatisées. L'étendue de l'acte chirurgical sur la musculieuse dépend de la grosseur, du nombre et de la situation des tumeurs.

Dans les comptes rendus opératoires, on note comme ayant été énucléés :

- 2 fois des myomes gros comme une noix ou un œuf de pigeon ;
- 10 fois des myomes gros comme un œuf de poule ;
- 3 fois des myomes d'un diamètre de 5 à 8 centimètres ;
- 19 fois des myomes gros comme le poing ;
- 12 fois des myomes d'un diamètre de 10 à 15 centimètres ;
- 18 fois des myomes gros comme une tête d'enfant, d'adulte ou même davantage.

31 fois contre 35 on a enlevé plusieurs noyaux en même temps, une fois jusqu'à 10 ; si le nombre des noyaux n'a pas d'influence marquée, par contre, leur volume a beaucoup plus d'action : les grossesses

restent relativement fréquentes tant que les dimensions des myomes enlevés ne dépassent pas 10 sur 15 centimètres; à partir du volume d'une tête de fœtus, quoique possibles, elles deviennent plus rares.

Lorsque l'utérus a été libéré d'un ou de plusieurs noyaux dans des conditions favorables pour une grossesse ultérieure, celle-ci ne survient pas toujours; si nous devons tenir compte de l'état d'épuisement dans lequel restent longtemps nombre de femmes, l'âge des conjoints qui, souvent, ne sont plus guère aptes à les féconder, la stérilité voulue pour le ménagement de la femme, jouent également un rôle les lésions annexielles rencontrées au cours des interventions et les adhérences post-opératoires contractées par l'utérus.

Les lésions annexielles sont très fréquemment notées, dans 30 pour 100 des cas environ. Tantôt il s'agit de simples adhérences que l'intervention libère sans léser les organes, ou de pseudo-membranes dont la dissection devient déjà difficile; tantôt ce sont des hématomes ou plus souvent des lésions sclérokystiques des ovaires, quelquefois tellement développées qu'elles ont nécessité une ablation; d'autres fois assez peu prononcées mais bilatérales (Nyström cite ces dernières 4 fois sur 27 cas); on peut également rencontrer toutes les variétés de salpingite. Enfin, dans une observation de Beuthner, il y eut extirpation totale des annexes d'un côté et résection partielle de l'ovaire de l'autre côté, suivie de conception. On ne doit donc pas exagérer l'importance de ces lésions.

Si l'utérus suturé peut garder sa liberté normale par rapport aux organes abdominaux, d'autres fois, il con-

tracte des adhérences auxquelles on a fait jouer un grand rôle. Ces adhérences post-opératoires peuvent se rencontrer après les diverses variétés d'intervention et sont conditionnées, comme l'ont montré les auteurs, par les suintements sanguins et la péritonite que l'on trouve inscrits sur la feuille de température, par une accélération du pouls et une élévation de température dans les jours qui suivent l'intervention.

Ces adhérences relient l'utérus à l'épiploon, à l'intestin et à la paroi abdominale.

Les adhérences épiploïques sont les plus fréquentes, ce qui tient évidemment au rôle physiologique de cet organe; elles peuvent donner lieu à quelques tiraillements douloureux, mais ne s'accompagnent généralement pas d'incidents graves.

Les adhérences intestinales sont moins fréquentes; au cours des grossesses, elles n'ont pas encore été signalées comme ayant provoqué d'incidents; par contre, elles peuvent amener de sérieux ennuis au cours d'opérations tératives sur l'abdomen; dans une des observations du D^r Goullioud, publiée plus loin, au cours d'une hystérectomie secondaire pour récurrence, il fallut libérer des adhérences de cette nature, libération qui amena une déchirure des tuniques musculaires de l'intestin ayant nécessité une suture. Il peut s'agir soit d'adhérences avec l'intestin grêle, soit d'adhérences avec le gros intestin, plus fréquemment ce dernier, car l'énucléation terminée, la suture de l'utérus achevée, on ramène parfois l'S iliaque qu'on étale au-dessus de l'utérus de manière à isoler la grande cavité péritonéale de la région où porte l'intervention. Les

adhérences utéro-pariétales soit sous forme de brides, soit sous forme de larges surfaces de contact, sont actuellement rares : fréquentes et même constantes dans les anciennes opérations où l'on faisait une pédiculisation extrapéritonéale (cas de Werder, Schmidt), elles sont actuellement, sauf quelques cas de suppuration prolongée, volontairement créées par une ventrofixation concomitante dans les cas d'utérus prolabés.

La prophylaxie de ces adhérences, que l'on a quelquefois accusées de provoquer l'interruption de la grossesse, réside dans une bonne technique lors de l'intervention ; asepsie parfaite d'une part, en particulier dans les cas d'ouverture de la cavité utérine, hémostase rigoureuse d'autre part avec, si possible, péritonisation de manière à enfouir les lignes de suture.

Au point de vue des suites génitales, quelles conséquences entraînent l'ouverture de la cavité utérine ? Dans ces conditions, Winter n'admettait la conservation de l'utérus que dans les cas de blessure minime. Par contre, Martin qui considérait évidemment comme un avantage de laisser l'endomètre sain intact, ne regardait pas comme un grand malheur quand il était obligé de le saisir pendant l'opération, ce qui lui permettait de le curetter dans le cas de métrite hypertrophique et il s'exprime à peu près dans ces termes : « S'il se présente au cours d'une opération conservatrice la possibilité de voir dans la cavité utérine, je ne considère pas cela le moins du monde comme une complication ; je résèque de la muqueuse, pour la plupart du temps, un morceau assez gros pour enlever la partie irritante et, par la diminution de la surface de la

muqueuse, j'ai la possibilité de faire rétrocéder les hémorragies et les sécrétions dans les limites normales. »

Dans les observations du D^r Goulliod, cet incident opératoire qui s'est produit 13 fois sur 74, est noté chez une des malades qui ont conçu; cette conception se termina par un avortement qu'on peut tout aussi bien rattacher à une récédive de myome. Dans les observations de grossesse après myomectomie de la littérature médicale, nous avons relevé 13 cas où cette complication avait eu lieu : 9 cas d'Engström, 1 de Vineberg, 1 de Guérard, 1 de Muller, 1 de Werder et 1 de Schmidt. A part les 3 derniers cas et 1 d'Engström toutes les malades accouchèrent, quelques-unes même plusieurs fois, sans que ni l'accouchement, ni les suites de couches n'aient présenté de complications. La malade d'Engström chez laquelle on avait passé un drain jusque dans le vagin par la plaie faite, eut un avortement au deuxième mois sans que, dit Nyström, l'on puisse préciser si cet accident doit être rattaché à la cicatrice utérine datant de l'opération, d'autant plus que la malade était âgée de quarante-trois ans. Muller fit une très large ouverture de la cavité utérine, presque comme pour une césarienne, réséqua une large étendue de la muqueuse comme une soucoupe et sutura; la grossesse, survenue un an après l'intervention, évolua normalement, mais il y eut une présentation du siège avec mort de l'enfant. Le cas de Werder, dont nous avons déjà parlé à propos des adhérences utéro-pariétales, est un peu particulier; la grossesse survint et, à l'époque de

l'avortement, on put reconnaître par le trajet fistuleux la présence du placenta jusque dans la paroi abdominale; le cas de Schmidt est identique. Si l'on excepte les deux derniers cas, contrairement à l'opinion des anciens auteurs pour qui l'ouverture de la cavité utérine indiquait la transformation de la myomectomie en une hystérectomie, nous concluons que cet incident opératoire n'a pas d'action défavorable sur les grossesses ultérieures. Nous ferons toutefois remarquer que, lorsque l'énucléation est pratiqué sur un utérus gravide, cet incident opératoire provoque généralement une interruption de la grossesse dans de brefs délais.

Il nous reste à préciser le point suivant : combien de temps après l'intervention surviennent les grossesses? Engström vit la conception survenir dans la première année chez 9 de ces opérées, entre la première et la troisième année chez 13, dans 1 cas au bout de cinq ans, dans un autre au bout de six ans, les 3 autres malades ayant été opérées au cours de la grossesse. Dans 30 observations où cette indication est notée chez d'autres auteurs, 28 fois ce fut entre quelques mois et deux ans, dans 2 cas seulement au-delà de deux ans. Enfin, dans une observation de Rubeska, il y eut un avortement avec expulsion d'un embryon de trois mois environ trois mois après l'opération. Nous pouvons donc conclure que lorsque les opérations conservatrices lèvent l'obstacle à la fécondation, les conceptions surviennent généralement d'une façon rapide, pour la plupart des cas dans les premières années qui suivent l'intervention.

CHAPITRE II

EVOLUTION DES GROSSESSES

Les grossesses survenues peuvent évoluer normalement ou présenter des accidents. L'évolution normale la plus favorable est aussi la plus fréquente ; pour 67 malades, nous avons trouvé 125 conceptions dont 100 allèrent à terme sans incident.

Dans 80 pour 100 des cas, l'utérus fonctionne donc normalement. Toutefois, le nombre des avortements (20) est assez élevé et nous devons rechercher s'ils dépendent de l'état de l'utérus après l'intervention ou d'autres causes acceptables et si et comment on peut les éviter. Passons donc les cas en revue :

Abels : une fausse couche, après deux grossesses normales, occasionnée par récurrence de fibrome.

Ammam : un avortement, suite de traumatisme.

Goullioud : un avortement récurrence de fibrome ; un avortement, de huit ou quinze jours, sans cause appréciable.

Martin : un avortement, cité par Winter comme étant sous la dépendance de l'intervention.

Nyström : premier avortement, à la fin d'une fièvre typhoïde ; deuxième avortement, dû à salpingite gauche.

Nyström : avortement, intervention ayant été très pénible ; énucléation de noyaux nombreux, processus inflammatoires périutérins ; un noyau laissé dans la paroi antérieure.

- plusieurs avortements avant l'opération, qui ont continué après énucléation d'un petit myome.
- avortement ; énucléation de nombreux myomes, processus inflammatoires très étendus autour des annexes.
- vieux processus inflammatoires.
- avortement par médecin ; grossesse méconnue.
- ouverture de la cavité utérine sans autres incidents chez femme de quarante-trois ans.

Rubeska : un avortement ; la conception devait dater des jours qui ont précédé l'intervention.

Schmidt : trois avortements chez la même femme ; fistule utéro-pariétale.

Témoin : une fausse couche après une grossesse normale de cause non précisée.

Winter : péritonite après l'intervention ; avortement au troisième mois.

Nous pouvons résumer :

Avortements sans relation avec l'intervention, 7.

Avortements en relation avec l'intervention, 12.

Toutefois, si nous exceptons les avortements survenus après les interventions anciennes avec pédiculisation extrapéritonéale, fréquemment suivies de fistules utéro-pariétales, et quelques cas à la suite d'intervention mutilante ou ayant comporté l'ouverture de la cavité

utérine, les cas où ils surviennent sont purement accidentels.

La grossesse peut enfin se compliquer, vers la fin de son cours, des accidents du *placenta prævia*. Pfannenstiël eut un cas de mort par hémorragie dû à cette anomalie d'insertion ; dans une observation de Nyström, il y eut des hémorragies légères qui amenèrent un accouchement prématuré (cinq semaines trop tôt), probablement dues à la même cause, bien qu'elle ne soit pas indiquée ; dans les deux cas, il n'y avait pas eu d'ouverture de la cavité utérine, de telle sorte que l'on ne peut pas rattacher l'anomalie d'insertion à une cicatrice de la muqueuse.

Nous terminerons l'étude de l'évolution des grossesses par l'examen des cas où il survint un accouchement prématuré, nous en avons recueilli 5 cas : 2 d'Engström, 1 de Muller, 1 de Werder, 1 de Schmidt ; les 3 derniers cas peuvent être mis sur le compte de l'intervention anormale que les malades subirent et dont nous avons déjà parlé plusieurs fois. Des 2 cas d'Engström, il s'agissait, dans l'un, probablement d'une anomalie d'insertion du placenta dont nous avons parlé tout à l'heure ; dans l'autre, d'une grossesse gemellaire où l'accident n'a rien pour nous surprendre ; ils n'ont donc aucune relation défavorable avec l'intervention.

CHAPITRE III

L'ACCOUCHEMENT

Les grossesses ayant normalement évolué se terminent généralement par un accouchement lui-même normal qui, toutefois, donne lieu à quelques recherches intéressantes.

I. — *Les contractions utérines.* — Dans un utérus normal on a décrit des sortes d'ondes musculaires partant d'un point quelconque, par exemple une trompe, pour se propager de là au reste de l'organe, constituant ce qu'on nomme le péristaltisme utérin ; dans les cas de fibrome, Freund et d'autres auteurs ont écrit que le néoplasme formait, pour ainsi dire, un écran qui arrêtait les contractions, ce sont les interférences des auteurs américains prédisposant à l'inertie utérine. Lorsque le noyau a été énucléé, il reste une cicatrice ; s'il y a eu réunion par première intention ses dimensions sont assez réduites pour ne pas devoir occasionner de troubles ; s'il y a eu infection, il persiste alors dans la musculature utérine des cicatrices étendues avec distribution anormale des vaisseaux et troubles de nutrition. Ces lésions devraient donc « former

écran » ; le fait est théoriquement possible mais d'importance très secondaire au point de vue pratique comme le montrent les observations.

Chez une malade du D^r Goullioud dont nous publions l'observation complète plus loin il y eut après l'intervention une hématoçèle constatée cliniquement ; trois ans plus tard, elle est allée accoucher à la Maternité de Lyon dans le service du D^r Commandeur ; présentation de la face ; le travail dura treize heures et les contractions utérines assez régulièrement notées eurent une marche normale. Dans une autre observation du D^r Monprofit il s'agissait d'une présentation du siège avec travail très long et très pénible au cours duquel l'utérus eut « tout le loisir de se contracter à son aise et plus sans doute qu'il n'eût fallu ».

Le siège de la cicatrice n'a probablement pas d'influence réelle ; on pourrait, à la rigueur, supposer qu'une cicatrice oblique et profonde sur une des faces utérines produise mécaniquement une gêne plus marquée qu'une incision sagittale au niveau du faisceau de renforcement de Galza ; mais lorsque l'accouchement se prolonge il vaut mieux se rappeler que l'on a assez souvent affaire à des primipares âgées qui, comme l'a montré Bigex, présentent outre leur sclérose utérine cette coriacité spéciale des tissus, modification régressive, impossible à déceler anatomiquement, mais capable d'opposer de sérieuses résistances au moment du dégagement. Telle serait l'explication des quelques cas de forceps cités dans la littérature médicale.

II. — *Les présentations.* — Nous avons trouvé :

Présentation transversale . . .	0
— de la face	1
— du siège	3
— céphalique normale .	96

Les proportions sont donc normales et même très favorables.

La présentation transversale n'a jamais été signalée ; le fait est, d'ailleurs, assez surprenant, car la présence d'une cicatrice en particulier sur le fond utérin qui, par sa composition, est certainement moins extensible que le reste de la musculieuse devrait donner une déformation cordiforme de l'utérus prédisposante.

III. — Avant le dégagement, on peut voir survenir la *rupture de l'utérus* ; c'est un accident très grave, redouté, et que l'on a, d'ailleurs, assez souvent opposé à la myomectomie.

Nous en avons relevé 3 cas dans la littérature médicale : 1 cas de Kronlein, qui avait pratiqué l'énucléation pendant la grossesse même ; 1 cas de Frankenthal, survenu au deuxième accouchement seulement et suivi de mort et 1 cas de Doderlein, que nous allons résumer. Il s'agissait d'une énucléation très réussie, par voie abdominale, d'un myome utérin ; seize mois plus tard, la malade arrivait à la fin d'une grossesse normale avec un enfant vivant ; après un long travail, le médecin traitant au moyen d'un forceps sortit un enfant mort depuis plusieurs heures. La manœuvre de Credé pratiquée pendant une heure sans résultat on

voulut recourir à une délivrance artificielle pour extraire le placenta; la main dans l'utérus, on constata, au fond de celui-ci, un orifice admettant plusieurs doigts traversé par le cordon ombilical, le placenta ayant passé dans l'abdomen. Hystérectomie suivie de guérison.

Ces ruptures sont conditionnées par la cicatrice utérine. L'étude de celle-ci est encore très incomplète; on ne peut raisonner par analogie avec ce qui se passe pour la cicatrisation des sections césariennes, les tissus sont plus mous, plus vascularisés, et l'utérus subit, pendant son involution, des contractions qui exposent aux désunions mécaniques. La comparaison serait peut-être plus exacte avec les cicatrices des résections cunéiformes de l'utérus dont Fellenberg a cité des exemples.

Les documents histologiques sur les stades des premiers jours manquent. Au bout d'un certain temps, il s'est produit un tissu fibreux et la question très discutée, et ayant soulevé de nombreuses recherches à propos des césariennes, est de savoir si, à la longue, le tissu cicatriciel peut être envahi par des fibres musculaires pour rétablir la continuité du muscle utérin. Couvelaire, Jeannin ont répondu par la négative; Von Braun et Schauta, Schotzky et Futh, par l'affirmative: récemment, Audebert, de Toulouse, a rapporté une observation où l'on voit nettement des faisceaux musculaires dans l'épaisseur de la cicatrice. Nous en apportons un autre cas dont les coupes ont été faites par le Dr Faysse; il s'agit d'une opérée du Dr Goullioud qui subit une énucléation pour myome, eut deux grossesses ultérieures, puis une hystérectomie totale pour

récidive. Un fragment de la paroi utérine prélevé au niveau de la cicatrice de l'ancienne myomectomie montre, dans l'épaisseur du tissu conjonctif cicatriciel, des faisceaux musculaires abondants.

Ces constatations histologiques permettent de supposer que le muscle utérin récupère, pour ainsi dire, son intégrité normale, et expliquent la rareté des ruptures utérines. Lorsque celles-ci se produisent c'est qu'on a eu une cicatrice vicieuse ; quelles en sont donc les causes prédisposantes ? La nature des fils employés pour les sutures joue surtout un rôle pour l'hémostase primitive, leur faiblesse prédisposant aux hémorragies. Dans le cas dont nous avons parlé plus haut, neuf ans après la première intervention, nous avons retrouvé sur la face postérieure de l'utérus, régulièrement étagés, les fragments de catgut chromique non résorbés employés pour la suture. Une hémostase mal faite donnant lieu à la production d'un hématome qui, plus tard, s'organisera et donnera un noyau fibreux sera certainement un *locus minoris resistentiæ* ; enfin, l'infection avec la formation ultérieure de fistules interminables, peut également jouer un certain rôle. La prophylaxie de ces ruptures est donc une question de chirurgie générale.

Dans une deuxième hypothèse, on a supposé que le tissu conjonctif cicatriciel pouvait être envahi par les villosités placentaires ; le fait ne s'étant jamais rencontré, nous ne le discuterons pas.

IV. — *Délivrance*. — Les délivrances furent toutes normales, sauf un cas de Littauer où il y avait une adhérence qui nécessita une délivrance manuelle.

Suites de couches.

Les suites de couches ont toujours été simples ; dans deux cas on a signalé des métrites hémorragiques dont une postabortive, et qui guérissent facilement par un curetage.

Comme suites éloignées, on pourrait se demander si les grossesses ne prédisposent pas aux récurrences de myomes. Dans la littérature, nous en avons relevé sept cas ; cette proportion de 7 pour 100 analogue à la proportion de récurrences après myomectomies simples donnée par les auteurs, montre que cette crainte n'est pas fondée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le professeur A. Pollosson nous a dicté l'observation suivante : Mme X..., mariée à vingt ans, a eu un enfant dans sa première année de mariage, à vingt et un ans ; l'enfant succombe à une affection médicale dans sa deuxième année ; la mère, qui désire un autre enfant, après plusieurs années de stérilité, vient, à l'âge de vingt-huit ans, consulter le D^r Jamain, lequel la soumet à l'examen du D^r A. Pollosson. On constate alors une tumeur fibromateuse du volume d'une tête fœtale, remplissant le pelvis, refoulant le col utérin en haut et en avant, ce qui conduit à diagnostiquer le développement du fibrome aux dépens de la face postérieure de l'utérus. On peut dire que cette masse était la cause de la stérilité, mais, en outre, que si une grossesse était survenue, l'accouchement eût été probablement impossible, en raison de l'obstruction du pelvis.

On décide une opération : laparotomie, traction de l'utérus au dehors et constatation de la présence d'un fibrome unique de la face postérieure, incision de la coque, énucléation, hémostase, capitonnage et suture.

On établit par prudence un drainage au moyen d'une compresse de gaze placée en arrière de l'utérus et venant sortir par l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Le myome enlevé présente le volume de deux poings

d'adulte. Cinq jours après l'intervention, la compresse est retirée. Guérison opératoire sans éventration.

Une grossesse a débuté six mois après l'opération, est allée à terme et fut suivie d'un accouchement normal sans complications.

Huit ans plus tard, la malade eut une nouvelle grossesse avec accouchement normal. On peut affirmer que si dans l'intervalle d'autres grossesses n'ont pas eu lieu, c'est que des précautions avaient été prises pour qu'elles ne surviennent pas.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du professeur Pollosson (la première partie de l'observation a été publiée dans la thèse de Jarre, Lyon).

Mme H..., trente-deux ans, réglée à dix-huit ans très régulièrement, mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu ni grossesse, ni avortement. Début de l'affection actuelle vers l'âge de vingt-deux ans par de vives douleurs abdominales, avec altération des règles, qui deviennent irrégulières et douloureuses. Vers vingt-cinq ans, symptômes de métrite mal précisés. Depuis, les phénomènes douloureux ont été tellement en augmentant, que la malade réclame à tout prix une intervention. Un chirurgien ayant fait le diagnostic de fibrome fait une laparotomie, constate la présence d'une tumeur pelvienne qu'il juge inopérable et referme le ventre après cette exploration.

Les douleurs persistant, comme par le passé, et allant même en augmentant, la malade rentre à l'hôpital, réclamant à nouveau une intervention dont elle savait pourtant la gravité. A ce moment, on constate par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, une tumeur solide, arrondie, du volume d'une grosse orange, plongeant dans le cul-de-sac droit et remontant peu au-dessus du détroit supérieur. Laparotomie. Enucléation assez difficile d'un fibrome du

ligament large confinant au bord latéral droit de l'utérus. Suites simples.

Dans l'année qui suivit l'intervention, la malade, qui n'avait jamais eu d'enfants, est devenue enceinte et accoucha à la Maternité de la Charité d'un enfant bien constitué à peu près à terme, mais de poids inférieur à la normale; cet enfant alla bien en apparence pendant six jours, était allaité par sa mère et mourut subitement au septième jour d'une façon qui a été interprétée comme étant le résultat d'un défaut de régularisation de la couveuse où il était placé. La malade n'a pas eu d'autres enfants et n'a jamais présenté de récédive.

OBSERVATION III (D^r Témoin).

Mme F..., trente ans. Pas d'enfant. Laparotomie : tumeur enclavée dans le bassin dont l'énucléation est facile. La tumeur fait corps avec la partie gauche de l'utérus; l'incision ouvre cette partie utérine qui est suturée par trois plans. L'inspection des annexes fait découvrir une salpingite suppurée à droite et une série de kystes ovariens; ces annexes sont enlevées, Suites excellentes.

Deux ans après l'intervention, cette femme devenait enceinte et l'accouchement, après une grossesse normale, s'est fait spontanément.

OBSERVATION IV (D^r Témoin).

Mme H. P..., de Saint-Amand, vingt-sept ans. Pas d'enfant. Hémorragie depuis six mois, pâleur, anémie, ne peut travailler.

A l'examen on sent un utérus bosselé, peu volumineux.

Opération, août 1898. — Deux petits fibromes, gros comme une noix chacun, dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Double énucléation. Sutures sur deux plans. Suites très favorables. Est devenue enceinte en 1899. Accouchement normal.

En 1901, grossesse nouvelle, fausse couche à cinq mois, se portait très bien cinq ans après ; depuis, n'a plus été revue.

OBSERVATION V (D^r Témoin).

Mme B..., de Bourges, trente ans, a eu deux enfants, le dernier en 1902. En 1906, pertes abondantes ; hémorragie presque constante depuis quatre ou cinq mois.

A l'examen : utérus gros, bosselé, fibromateux.

Opération, janvier 1907. — L'utérus porte trois fibromes interstitiels : un médian gros comme un œuf de poule, deux latéraux de la grosseur d'une noix. Énucléation de chacun d'eux. Suites favorables. A eu un enfant en novembre 1908 : grossesse normale, mais a souffert beaucoup les trois derniers mois. Accouchement normal.

En mai 1910, nouvelles pertes ; l'utérus est de nouveau très volumineux ; nouvelle intervention. Hystérectomie totale en raison de la récidive fibromateuse.

OBSERVATION VI (D^r Témoin).

Mme T..., de Cuffy, vingt-neuf ans. Souffre beaucoup du ventre, coliques utérines constantes, pas de pertes, mais dit ne pouvoir tolérer les douleurs qu'elle endure constamment.

Examen : gros utérus fibromateux en rétroflexion.

Intervention, février 1912. — Utérus rétrofléchi avec deux fibromes : l'un, interstitiel ; l'autre, du volume d'une tête de fœtus, pédiculé sur la corne gauche ; énucléation du premier, section du pédicule du second.

Suites favorables ; a eu deux enfants depuis sans difficultés.

OBSERVATION VII¹ (D^r Témoin).

Mme A. T..., vingt-cinq ans, grossesse à quatre mois ; depuis deux mois souffre horriblement à droite où se développe à vue d'œil une tumeur qui remonte déjà à l'ombilic. Opération, mars 1898. Il s'agit d'un fibrome mou se développant sur la corne utérine droite ; son pédicule large paraît petit en raison du développement de son extrémité ; l'énucléation au niveau de l'insertion utérine se fait assez facilement sans aller jusqu'à la cavité utérine. Sutures minutieuses. Suites opératoires favorables, mais fait une fausse couche deux mois après. A eu un enfant depuis.

OBSERVATION VIII (D^r Témoin).

Mme P..., domestique, vingt-sept ans, n'ayant pas encore eu d'enfant, est enceinte de cinq mois. Au deuxième mois de la grossesse, pertes de sang qui cessent après quinze jours de repos, mais à ce moment l'utérus a déjà un développement anormal, avec douleurs dans le bas-ventre. Je la revois à la fin du troisième mois. La tumeur a triplé de volume, est mobile, et semble pédiculée, surtout développée à gauche ; au cinquième mois, douleurs constantes, la malade maigrit, ne mange pas, ne dort pas, et la tumeur se développe rapidement ; la malade demande une intervention. Elle a lieu en mai 1897. Il s'agit d'un fibrome développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus ; on tente l'énucléation ; toute l'épaisseur du tissu utérin est ouverte ; on suture sur trois plans ; suites favorables. Accouchement à terme normal ; pas d'enfant depuis.

¹ Les observations VII, VIII, IX, X, XI, XII du D^r Témoin sont citées ici à titre simplement documentaire.

OBSERVATION IX (D^r Témoin).

Mme G. R..., vingt et un ans, grossesse de trois mois; la malade souffre de douleurs intermittentes et voit se développer une grosseur qui, au moment où on la voit, a le volume d'une mandarine saillant au-dessus du pubis; quinze jours après elle a doublé; les douleurs sont les mêmes. Je propose l'opération. Elle a lieu en mars 1910; très simples; suites favorables, accouchement à terme.

OBSERVATION X (D^r Témoin).

Mme A. C..., trente et un ans, a eu deux enfants. Depuis son dernier accouchement, a gardé une grosseur dans le flanc droit, qui fut observée par la sage-femme. De nouveau enceinte après deux ans, voit sa grossesse augmenter rapidement de volume, les douleurs sont assez vives, ne peut marcher. Opération, 1911: l'énucléation du fibrome est difficile en raison de son volume; l'utérus est assez malaxé au cours de l'intervention. Fausse couche le lendemain. Le quatrième jour, douleurs violentes, syncope. Laparotomie nouvelle; inondation péritonéale par rupture de la suture; mort le sixième jour.

OBSERVATION XI (D^r Témoin).

Mme P..., de Châteaurenault, a eu deux enfants. Au cinquième mois d'une grossesse, la malade est prise de douleurs atroces dans le flanc droit avec phénomènes d'obstruction intestinale, vomissements fécaloïdes. L'intervention est faite pour lever l'obstruction: on trouve un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, rompu dans le ventre, et un fibrome développé sur le côté droit de l'utérus; ablation du kyste; énucléation du fibrome; lavages de l'abdomen à l'éther et la grossesse continue.

OBSERVATION XII (D^r Témoin).

Mme A. D..., grossesse de trois mois. Développement anormal de l'utérus; douleurs atroces depuis un mois et crie jour et nuit. Opération, 1^{er} septembre 1913 : fibrome développé dans la portion supra vaginale du col; énucléation. Fausse couche le 2 septembre. Va bien.

OBSERVATION XIII (D^r Goullioud).

Mme Jean G..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 mai 1905. Père mort de phlébite; un frère ayant eu à vingt et un ans une fièvre typhoïde avec phlébite de la jambe gauche d'une durée de six semaines. Personnellement réglée à onze ans régulièrement; mariée à vingt-trois ans; fausse couche de deux mois à vingt-quatre ans; fausse couche de cinq mois à vingt-cinq ans avec phlébite de la jambe droite. A la suite de sa dernière fausse couche, la malade a remarqué que son ventre grossissait avec règles douloureuses mais sans ménorragie, ni métrorragie. A toujours eu d'abondantes pertes blanches. A l'examen: tumeur du volume d'un utérus gravide à cinq mois, médiane, globuleuse, dure sans rénitence, entraînant dans ses mouvements le col utérin. Vu l'âge de la malade, la myomectomie est indiquée; poumons = 0; cœur = 0; urines = 0.

7 juin 1905. — Intervention: laparotomie médiane sous-ombilicale; fibrome développé aux dépens du fond de l'utérus; incision elliptique circonscrivant la tumeur qui s'énuclée facilement, mais avec ouverture de la cavité utérine sur une petite étendue; 1^o surjet de fermeture de la cavité utérine; 2^o surjet de capitonnage; 3^o surjet séro-séreux. Etalement pelvien de l'anse sigmoïde. Drain enlevé le quatrième jour.

Examen de la pièce : myome rouge vif du poids de 1.390 grammes.

Indication du D^r Goullioud : « J'aurais mieux fait de ne pas réséquer tout le fond chez une jeune femme s'il survenait une grossesse. »

Exeat le 21 juin, bien guérie.

En août 1906, à la suite d'une fausse couche de trois mois, la malade présente des hémorragies fréquentes et des douleurs abdominales ; le médecin traitant a reconnu la présence d'un nouveau fibrome ; depuis, la malade a été perdue de vue, et malgré nos recherches nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue.

OBSERVATION XIV (D^r Goullioud).

Mlle M..., Joséphine, âgée de vingt-cinq ans, est adressée au D^r Goullioud, le 28 juillet 1905, pour une tumeur abdominale constatée depuis quelques jours seulement. A l'examen : tumeur dure, un peu irrégulière, dépassant déjà l'ombilic à gauche ; la crainte qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne plutôt que d'un fibrome l'a fait opérer sans retard ; cette jeune fille est d'ailleurs bien réglée. L'opération a lieu le 4 août 1905. Le ventre ouvert, on constate une tumeur du fond de l'utérus, ce dont on se rend compte par le siège de l'insertion des annexes. Diagnostic opératoire : fibrome du fond de l'utérus, mais non pédiculé. Etant donné l'âge de la malade on se décide pour une myomectomie en faisant sur le fond de l'utérus une excision losangique un peu irrégulière dont un des angles atteint l'origine des annexes gauches qui sont enlevées. La suture est faite suivant la technique habituellement employée par le D^r Goullioud, c'est-à-dire avec surjets successifs, l'un de capitonnage, servant à l'hémostase, et un plus superficiel, séro-séreux, permettant un adossement parfait des tranches de section de l'utérus. Un drain a été placé par prudence. Les suites

opératoires ont été simples avec une température de 37,4 et 38,6 le lendemain de l'opération ; 37,8 et 38,1 le deuxième jour ; 37,7 et 37,8 le quatrième jour ; pouls à 104 le premier soir. Drain enlevé le quatrième jour.

27 avril 1907. — Deux ans après l'intervention, la malade vient se montrer et on peut estimer le résultat comme excellent. L'opérée dit qu'en effet elle peut travailler comme avant le début de sa maladie. Les règles sont faibles durant deux jours au lieu de huit. A l'examen local, on trouve un utérus de volume normal. Elle a un projet de mariage.

28 avril 1910. — Cinq ans après l'opération, le D^r Goullioud reçoit des nouvelles par la mère de l'opérée ; il apprend ainsi que la jeune fille s'est mariée peu après la dernière visite, et qu'elle a eu deux accouchements qui ont été tellement faciles, n'ayant duré que quelques heures, qu'on a eu à peine le temps d'aller chercher la sage-femme.

29 août 1913. — La malade vient présenter sa famille au D^r Goullioud ; aux deux enfants précédents s'est ajoutée une petite fille de dix mois, tous en bonne santé.

L'examen de la mère montre un utérus de volume normal, en position normale. Cicatrice de la paroi abdominale excellente ; ne porte aucune ceinture.

OBSERVATION XV (D^r Goullioud).

Mme Marie R., trente ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 23 février 1903, pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère atteinte de goitre, avec accès dyspnéiques ; quatre frères et une sœur bien portants ; un frère mort à vingt-quatre ans de phtisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas d'affections graves antérieures ; réglée à quinze ans, régulièrement. Mariée à vingt-six ans ; mari alcoolique (qui présenterait des accès de

delirium tremens?) A vingt-sept ans, après dix mois de mariage, une fausse couche de quatre mois et demi sans complication. A vingt-neuf ans, un enfant, actuellement bien portant, accouchement normal et à terme à la Maternité de Lyon, au cours duquel on aurait constaté l'existence d'un fibrome; à la suite, les règles se sont rétablies, mais abondantes et durant huit jours; à son entrée dans le service du Dr Goullioud, on constate la présence d'une tumeur résistante, arrondie, mobile, indolore, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic: au toucher vaginal, le col est en arrière, les culs-de-sac sont libres, les annexes non perçues et la tumeur inaccessible. Cœur = 0; poumons = 0; Urines = 0.

25 février. — Intervention : Anesthésie très pénible. Le mari étant alcoolique, la femme a dû suivre son exemple. Laparotomie sous-ombilicale : diagnostic opératoire, fibrome interstitiel de la paroi antérieure; incision de l'utérus sur la tumeur; plan de clivage rapidement trouvé et décortication facile. Suture : capitonnage au catgut Repin intracavitaire; suture de la paroi utérine au chromique. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Le myome enlevé, du poids de 150 grammes, a le volume de deux poings d'adulte.

Les suites opératoires furent un peu compliquées : le lendemain de l'intervention, température à 39°3 le matin, 39°6 le soir, avec pouls à 120, et la malade présente un léger suintement sanguin vaginal; les jours suivants, la température et le pouls baissent régulièrement et lentement; l'écoulement vaginal disparaît le quatrième jour.

8 mars. — La température, qui était le matin à 37°8, monte le soir à 38°2; on sent dans la fosse iliaque droite un plastron remontant à trois doigts de l'épine iliaque et qui simulerait un plastron d'appendicite; il s'agit probablement d'un hématome. Ablation des fils, bonne suture.

10 avril 1903. — La malade a présenté de la tempéra-

ture jusqu'à la fin du mois de mars; elle sort de l'hôpital après dix jours d'apyrexie absolue.

29 mai 1903. — La malade vient à la consultation; au niveau des annexes du côté droit, il y a une tuméfaction grosse comme un œuf, mobile avec l'utérus, tout en étant distinct, reste de l'hématocèle indiquée. En résumé, bon résultat. La malade, prétendant avoir un peu d'œdème des mains et des pieds, sera à surveiller au point de vue de ses urines, après ses règles.

6 juillet 1903. — La malade va bien; hématome à peu près résorbé.

1^{er} février 1904. — Se plaint de souffrir un peu dans le ventre quand elle veut piquer à la machine. L'utérus est d'un volume normal en bonne position; un peu d'épaississement de la corne droite; le résultat de la myomectomie est donc bon; comme il y a un peu de glissement de la paroi postérieure du vagin, on met une petite boucle en berceau.

9 mai 1904. — Vient à Lyon en promenade, ayant un retard de règles de huit jours; tout à coup, malaises, coliques et petites pertes; l'utérus étant un peu gros, le Dr Goullioud conseille à la malade de rester à l'hôpital Saint-Joseph, mais le mari, gris, ne comprend rien et l'emmène.

19 octobre 1908. — La malade vient se montrer, parce que les deux ou trois dernières règles ont été douloureuses; elle durent quatre jours, mais n'ont rien d'exagéré comme intensité; l'utérus, un peu augmenté de volume, remonte à trois doigts de l'ombilic.

3 mai 1909. — L'utérus présente un volume normal et en bonne situation; vient se montrer parce qu'elle a peur d'avoir contracté quelque chose de son mari qui a un écoulement.

La malade devient enceinte en 1911 et rentre, le 10 octobre 1911, dans le service du Dr Commandeur qui a eu l'obligeance de nous communiquer son observation.

Dernières règles du 9 au 12 janvier; premiers mouvements actifs perçus vers la fin mai; vomissements matinaux au début de la grossesse; pertes blanches pendant toute sa durée; pas d'albumine dans les urines; à son entrée, utérus légèrement dévié à droite, ventre cordiforme; hauteur du fond 33 centimètres; tension des parois, souples; tête mobile; bruits du cœur normaux, perçus à droite.

10 octobre. — On constate un utérus à fond large, étalé avec amincissement notable de la corne utérine gauche qui, au moment des contractions, fait une saillie rénitente du volume d'une grosse tête fœtale et qui se distingue du reste de l'utérus par un léger sillon; sur la paroi antérieure au-dessus de l'ombilic et un peu à droite, on sent comme un épaissement de la paroi qui paraît être un fibrome et siégerait dans la corne utérine droite; tête dans la fosse iliaque gauche; dos en arrière avec les petites parties fœtales très facilement perceptibles dans la région avoisinant l'ombilic. Au toucher, le col est élevé, très ramolli, dévié à droite; en arrière et très haut, on sent une masse arrondie faisant peu saillie dans le cul-de-sac postérieur, un peu mollassse et qui pourrait être un fibrome.

12 octobre. — Cette disposition semble avoir été donnée par une contraction passagère de l'utérus; tête dans la fosse iliaque gauche; bruits du cœur entendus à droite.

16 octobre. — HU = 29 centimètres; présentation transversale.

26 novembre. — HU = 32 centimètres; tête dans la fosse iliaque gauche, aucune partie fœtale n'est engagée; bruits du cœur perçus à droite; dans l'hypocondre droit, on a l'impression d'un siège; il est impossible de trouver une petite partie fœtale, ni de ballottement céphalique; utérus cordiforme.

29 novembre. — Présentation céphalique en O. I. G. T.; la tête tend à se fixer en attitude intermédiaire.

5 décembre. — A 2 heures du matin, la malade accuse les premières douleurs qui surviennent toutes les vingt mi-

notes ; à 8 h. 30, elles deviennent plus fréquentes, toutes les cinq minutes, et on conduit la malade à la salle de travail ; l'examen montre au détroit supérieur une tête en déflexion en M. I. D. P. ; les bruits du cœur sont réguliers ; le col est épais, dilaté à 3 centimètres.

Les contractions apparaissent toutes les trois minutes ; à 10 h. 45, la présentation de la face est fixée au détroit supérieur ; à 2 heures, les contractions deviennent expulsives ; au toucher, on constate que la dilatation est à peu près complète et on rompt artificiellement les membranes ; le liquide qui s'écoule est verdâtre, peu abondant ; les contractions s'espacent et n'apparaissent que toutes les six minutes ; la malade pousse mal ; à 2 h. 55, la vulve s'entrouve, le périnée bombe et l'on aperçoit une joue ; la rotation est effectuée à 3 heures et le menton se fixe sous la symphise ; à ce moment, les bruits du cœur faiblissent, sont comptés à 112 et on voit s'écouler du liquide amniotique purée de pois. On fait du Kristeller et le dégagement se fait sans incident. L'enfant, de sexe masculin, né en asphyxie bleue est ranimé après dix minutes par un bain chaud, frictions à l'alcool camphré, respiration artificielle : il pèse 3 kg. 370. La délivrance survient quinze minutes après, le placenta survenant par sa face fœtale complet, ainsi que les membranes.

La malade a présenté une température élevée jusqu'au neuvième jour attribuée à la constipation. Le dixième jour elle revient à la normale jusqu'au dix-septième jour, date à laquelle la malade quitte le service dans un état satisfaisant.

4 juillet 1913. — Vue par le Dr Goullioud. Enfants bien portants. Règles durant trois jours, le premier jour perd peu, le deuxième davantage et le troisième peu ; règles moins abondantes qu'à vingt ans, naturellement moins abondantes qu'avant l'opération, mais aussi moins abondantes qu'avant la dernière grossesse. Utérus volumineux, comme à trois mois de grossesse à peu près, allongé verti-

calement en bonne position, remontant à quatre doigts au-dessus du pubis sans saillie fibromateuse appréciable. Bonne cicatrice abdominale qui n'a pas lâché; ventre un peu gros de femme grasse.

OBSERVATION XVI (D^r Goullioud).

Mlle F..., vingt-sept ans, brodeuse, rentre à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon sur les conseils du D^r Durand de Charly, le 20 mars 1901. Depuis trois mois, elle a vu son ventre grossir rapidement sans souffrances et sans troubles du côté de ses règles qui sont restées normales. Son ventre présente le volume d'une grossesse de sept mois et laisse sentir à la palpation une grosse masse dure, lobulée, développée surtout à gauche et remontant à l'épigastre, assez mobile. Le toucher vaginal montre l'utérus refoulé à droite et l'excavation remplie par la tumeur.

23 mars 1901. — Laparotomie : on tombe sur une énorme tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus sur sa face postérieure, présentant des adhérences filamenteuses et vasculaires avec le gros intestin. Incision circulaire sur le pourtour du fond de l'utérus et de la tumeur que l'on isole ainsi par énucléation dans sa partie pédiculisante; les surfaces de section sont très vasculaires et nécessitent une hémostase soignée. On procède ensuite au capitonnage de la tranche utérine par deux surjets au catgut Repin dont le premier est uniquement musculaire et dont le second prend la séreuse en même temps. On fait enfin un troisième surjet séro-séreux destiné à enfouir la ligne de suture précédente dans un repli du péritoine. A la fin de l'intervention, on fait de l'hémostase au niveau des adhérences libérées qui suintent un peu et on enlève également quatre petits noyaux fibromateux sous-séreux. Le ventre est refermé par trois plans de suture sans drainage. Le poids de la tumeur enlevée est de 2 kg. 500. Le D^r Goullioud pense qu'il s'agit probablement d'un simple fibrome; cependant, vu l'aspect

un peu spécial de la tumeur et son développement très rapide, il fait une réserve pour un fibro-sarcome. Comme c'est en plein tissu utérin que s'est faite la décortication, car il n'y avait pas de plan de clivage, il faudra surveiller cette malade et faire une hystérectomie totale en cas de récurrence. C'est l'âge de la malade seulement qui a indiqué l'opération conservatrice.

Les suites furent simples : la température n'atteignit pas 38 degrés et la malade partit guérie vingt jours après l'intervention.

4 décembre 1903. — Résultat remarquable : pas de récurrence; utérus plutôt petit pour une aussi forte femme en bonne position. Règles régulières durant quatre jours non exagérées. Etat général très bon; demande si elle pourrait se marier.

20 septembre 1913. — La malade s'est mariée et a eu en 1906 une grossesse absolument normale terminée par un accouchement facile et spontané qui donna naissance à un garçon bien constitué et actuellement bien portant; la délivrance se fit sans incident ni hémorragie et depuis lors, l'état général et génital de la malade est resté excellent.

OBSERVATION XVII (D^r Goullioud).

Mme R..., Marie-Louise, vingt-sept ans, ouvrière en soie, rentre le 12 septembre 1904 à l'hôpital Saint-Joseph.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-quatre ans du choléra; mère morte à trente-six de méningite; trois sœurs bien portantes, une sœur morte en bas âge.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans; règles régulières, abondantes et douloureuses. Mariée à vingt-deux ans; mari bien portant. Pas d'enfants; une fausse couche à vingt-cinq ans de six mois et demi, qu'elle attribue à un emploi exagéré de « calmants » pour une névralgie faciale qui dura un mois. L'affection actuelle semble avoir débuté à la suite de la fausse couche par des douleurs abdo-

minales peu intenses, s'irradiant dans les lombes et la face interne des cuisses; quelques troubles vésicaux; les dernières règles ont été très abondantes et très douloureuses. Le palper abdominal combiné au toucher montre un col légèrement entr'ouvert, non ramolli, de consistance normale, déjeté à gauche; le corps utérin est dur, gros comme un utérus gravide de trois mois et demi, fixé; on ne sent pas de fibrome isolé. Le toucher rectal indique de même un utérus fixé, globuleux, semblant enclavé dans le bassin; on ne sent pas de lésions annexielles. Pas de température. Poumons = 0; cœur = 0.

21 septembre 1904. — Laparotomie par le Dr Goullioud. L'utérus apparaît gros, couvert de bosselures, complètement enclavé dans le bassin, difficile à amener au dehors. Néanmoins, on tente une myomectomie qui de prime abord sera difficile. On commence par un myome de la face antérieure: incision verticale sur la ligne médiane permettant de trouver facilement un plan de clivage, énucléation du myome suivie du capitonnage de la plaie par deux plans de suture avec du catgut Repin fort. On répète la même manœuvre sur la face postérieure, on fait saillir un noyau du volume d'une mandarine; pendant l'incision faite de manière à circonscrire en outre un autre petit noyau superficiel, il s'écoule un liquide puriforme venant du tissu de la tumeur beaucoup plus molle que la précédente; elle se laisse énucléer assez facilement et la paroi utérine est fermée par deux plans de suture avec du catgut Repin suivis d'une suture superficielle ou chronique. Après réduction de l'utérus dans le petit bassin, pas d'hémorragie. On laisse une mèche de gaze iodoformée sur la face postérieure de l'utérus et on referme la paroi abdominale par un triple plan de suture. Le poids des myomes enlevés est de 212 grammes. Celui de la face antérieure présente à la section un tissu rougeâtre comme de la viande à peine cuite. L'autre est rempli d'un liquide épais, verdâtre, puriforme, contenu dans les mailles d'un tissu fibreux se laissant facilement déchirer.

Les suites opératoires furent compliquées.

22 septembre. — Pouls à 120; température à 38°₂ le soir, souffre un peu du ventre; oppression légère; pas d'émission de gaz; urine spontanément; pas de ballonnement; léger suintement au niveau de la plaie; facies assez bon.

23 septembre. — La température se maintient à 38°₂, pouls à 116. Une purgation n'ayant pas donné de résultat est complétée par un lavement purgatif qui amène une émission de gaz et une selle abondante. A eu quelques nausées, sans vomissements.

24 septembre. — On enlève la mèche abdominale; il s'écoule une certaine quantité de sang; l'état général est bon.

25 septembre. — Petits frissons, céphalée, température à 39°₂. Ces symptômes semblent se rattacher à une indisposition passagère (rhume). Ne souffre pas de l'abdomen.

28 septembre. — La malade a bon aspect; la plaie va bien et ne présente pas de suppuration; la température reste cependant élevée au-dessus de 38 degrés et est mise sur le compte de la résorption intra-utérine.

4 octobre. — La malade se plaint de mictions fréquentes et douloureuses; les urines contiennent du pus; lavages boriqués quotidiens.

13 octobre. — Il persiste sur la ligne de suture une petite plaie non cicatrisée, présentant un suintement purulent très léger.

16 octobre. — La malade part avec une température atteignant encore le soir 37°₆ ou 37°₈.

2 janvier 1905. — Rentrée chez elle, la malade a présenté au niveau de l'orifice de la mèche une petite suppuration par laquelle s'élimine du catgut. L'utérus est en bonne position.

29 mai 1905. — La malade raconte que l'élimination du fil de catgut chromique a duré six mois. Elle vient à la consultation en se plaignant de douleurs au bas de l'épine

dorsale quand elle se relève. L'utérus, d'un volume tout à fait normal, est en bonne position.

9 mars 1906. — La malade venant à Lyon pour affaires se présente à la consultation; l'état général est bon; ne souffre pas, peut faire son ménage mais ne travaille plus à l'usine. La malade, qui habituellement a repris des règles régulières durant environ quatre jours, non fortes, se présente avec un retard de huit jours. Le Dr Goullioud pense à une grossesse possible, mais le toucher vaginal est un peu déconcertant : l'utérus est refoulé à droite par une tumeur accolée à la corne gauche, ni très dure, ni très molle, de même forme et de même volume sensiblement que l'utérus dont le volume est normal. Peut-être s'agit-il d'une grossesse ectopique.

30 avril 1906. — Vient à la consultation. La grossesse utérine se développe normalement; premier jour des dernières règles, le 5 ou 6 février. L'utérus est bien développé et les symptômes notés lors de la dernière visite sont probablement dus à des adhérences à gauche.

1^{er} novembre 1906. — Lettre de la malade annonçant le maintien de la grossesse.

5 novembre 1906. — L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier; présentation du sommet qui plonge dans l'excavation, donc pas de sténose. Bonne ligne de suture, pas d'albumine.

19 novembre 1906. — Accouchement spontané, sans incident.

14 novembre 1912. — La malade a eu un deuxième enfant avec accouchement normal par le Dr Tête, de Voiron. Actuellement les règles sont douloureuses et abondantes. On sent un utérus de forme irrégulière dont le fond remonte à trois ou quatre doigts au-dessus du pubis. Il semble qu'il y ait sur le côté droit un fibrome du volume d'une orange; le fond fait saillie sous la paroi abdominale et l'on se demande s'il n'est pas fixé à ce niveau. On prescrit *hydrastis canadensis* et ergotine.

27 janvier 1913. — Vient à la consultation parce que ses règles, bien que régulières, sont trop abondantes. A l'examen, on reconnaît la présence d'un fibrome remontant à trois doigts au-dessous de l'ombilic. La cicatrice n'a pas donné lieu à une éventration mais il faut dire que le fibrome est plaqué contre la paroi abdominale à la partie inférieure de la ligne de suture empêchant ainsi l'éventration au niveau de l'ancien point de drainage. Le fibrome est gros comme un fœtus de trois à quatre mois, développé surtout à gauche et sur la ligne médiane; à droite on sent également une petite masse. Les pertes, quoique considérables, n'ont pas anémié la malade. On propose une hystérectomie.

18 avril 1913. — Intervention par le Dr Goullioud. Excision de l'ancienne cicatrice et ouverture du péritoine; on trouve l'anse sigmoïde fortement adhérente à l'utérus fibromateux; la dissection de ces adhérences est pénible et difficile; on déchire la tunique musculaire du gros intestin qu'on répare sur place avec des points au fil de lin; finalement un plan de clivage permet la séparation. On fait alors une hystérectomie abdominale totale sans incident. Fermeture de la paroi avec trois plans de suture. Suites simples.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée, du poids de 1 kg. 200 comprend l'utérus avec les tumeurs développées à ses dépens et les annexes. Cathétérisme de la cavité utérine : 11 centimètres à l'hystéromètre. Vu extérieurement, on constate que les néoformations se sont développées surtout aux dépens des parties latérales. Sur la face antérieure, on voit une dépression linéaire qui correspond à l'incision faite lors de la première intervention pour le fibrome de la paroi antérieure. Sur la face postérieure on voit également la cicatrice de l'ancienne incision, mais avec, en plus, des résidus de fils chromiques employés pour les sutures, et qui apparaissent sous forme de petits points verdâtres symétriquement disposés. Du côté gauche, les annexes sont relativement saines et non adhérentes, quoique

déviées par les tumeurs. Du côté droit, on constate une adhérence marquée et une déviation de la trompe et de l'ovaire, telle que le pavillon est venu adhérer à l'utérus, au voisinage de l'isthme.

A la section de l'utérus, sur la face antérieure, on voit que la cavité utérine est très augmentée de volume et qu'à son intérieur vient faire saillie un noyau développé dans l'épaisseur de la paroi gauche; incisées, on constate que ces néoproductions sont formées de masses assez régulièrement arrondies, très facilement énucléables, de consistance ferme, de couleur blanc rosé, montrant la disposition des faisceaux de fibres en tourbillons des myomes typiques. La plus volumineuse de ces masses est située sur le bord gauche de l'utérus. Sur le bord droit, on note également la présence de deux myomes, mais dont l'un est devenu sous-péritonéal, occupant l'épaisseur du ligament large.

Examens histologiques :

1. *Coupe au niveau de l'ancienne myomectomie.* — Au niveau de la cicatrice on distingue des faisceaux musculaires abondants, entremêlés de quelques faisceaux de tissu conjonctif jeune. A côté, on retrouve le tissu musculaire normal.

2. *Coupe du fibrome.* — Aspect de fibromyome typique.

3. *Coupe de l'ovaire.* — Il s'agit d'un ovaire largement sclérosé.

La malade, très contente d'avoir eu deux enfants, n'a pas tenu rigueur à son chirurgien de l'avoir exposée à une deuxième intervention.

CONCLUSIONS

I. — La myomectomie est indiquée spécialement chez les femmes jeunes par le désir de conserver les attributs sexuels, de diminuer les troubles de la ménopause anticipée et de laisser la possibilité de grossesses dans quelques cas.

II. — Les observations montrent que cette espérance n'est pas complètement illusoire, puisque nous avons pu réunir 99 cas de femmes devenues enceintes après des myomectomies abdominales.

III. — La grossesse évolue en général sans incident grave; 125 conceptions ont donné 100 grossesses à terme, 20 avortements et 5 prématurés.

IV. — L'accouchement, si la myomectomie a été faite correctement, se passe d'une façon normale; les cas de complications obstétricales sont exceptionnels : 1 présentation de la face, 3 présentations du siège, 2 insertions vicieuses du placenta,

V. — 3 observations de rupture utérine avec un cas de mort représentent la seule complication que l'on puisse considérer comme inhérente à l'intervention.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 octobre 1913.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

LIMITÉE AUX CAS DE GROSSESSE

- ABELS, *Centralblatt f. Gyn.*, 1907, n° 157.
ALEXANDER, *Congrès Int. de Gyn.*, Amsterdam, 1899.
AMMAM JUNIOR, *Achte Versammlung der deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, Berlin, 1899.
ASCHER, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd. XX, S. 305.
BEUTNER, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1905, n° 1.
— *Centralblatt f. Gyn.*, 1905, n° 72.
DEBERSSELBE, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLII.
DÖDERLEIN et KRONIG, *Operative Gynäkologie*.
DONALD, *Worth of England Obs. and Gyn. Society*, 17 novembre 1905.
— *Journal of Obst. a. Gyn. of the british Empire*, vol. VII, 1905.
DEBERSAQUE, *Centralblatt f. Gyn.*, 1902, S. 901.
ENGSTRÖM, *Congrès International d'Amsterdam*, 1899.
— *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, S. 336.
ESSEN-MOLLER, *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. XXI, S. 102.
FELLENBERG (R. von), *Archiv f. Gyn.*, 1904.
V. GUERARD, *Verh. d. Naturforsch. Ges. Hamburg*, S. 186.
GLOCKNER, *Centralblatt f. Gyn.*, 1907, n° 5, S. 156.
HARTE, thèse Berlin, 1911.
HENKEL, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III.
HEGAR, *Centralblatt f. Gyn.*, 1890, Beilage, S. 165.
KRONLEIN, *Centralblatt f. Chir.*, 1890, 81.
KOBEL, *Beitrage zur Geb. u. Gyn.*, t. VIII, p. 465.
LITTAUER, *Centralblatt f. Gyn.*, 1907, Bd. V, S. 157.

- LANDAU (Theodor), *Myom bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, 1910.
- LEBEC, in thèse Nivet, Paris, 1904-1905.
- MARTIN, *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1904, n° 50.
- *Congrès de Budapest*, 1909.
- *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1909, Heft L.
- MONPROFIT, *XIII^e Congrès de Gynécologie*, Paris, 1900.
- *Revue de Gynécologie et Chir. abd. de Pozzi*, 1906.
- MULLER, *Archiv f. Chir.*, 1895, 127.
- NYSTROM, *Engstrom Mitteilungen*, Bd. VIII.
- OLSHAUSEN, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XLIII, Stuttgart, 1900.
- OTT (VON), *XIII^e Congrès Intern. de Méd.*, Paris, 1900.
- *Centralblatt*, 1901, S. 772.
- POLLOSSON, *Lyon Médical*, 1913.
- RUBESKA, *Centralblatt f. Gyn.*, 1909, n° 56.
- RICARD, in thèse Morinière, Paris, 1900.
- SCHMIDT, *Centralblatt f. Gyn.*, 1899, S. 176.
- SARWEY, *Archiv f. Gyn.*, Bd. LXXIX, 1906, S. 277.
- SCHRODER, *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXII.
- THAN, thèse Berlin, 1910.
- TÉMOIN, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896.
- *Congrès Intern. de Médecine*, Paris, 1900.
- TÉDENAT, *Montpellier Médical*, 1902.
- WERDER, *American Journal of Obst.*, XXVIII, p. 420.
- VINEBERG, *American Journal of Obst. and Dis. of w. a. ch.*, Vol. LV, 1907, p. 655.
- WEST, *Med. Record*, New-York, 1901.
- WINTER, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. L.
- ZWIBEL, thèse Paris, 1900.

